Aspects psychologiques liés au défibrillateur implantable : mode d'emploi au cabinet

Rev Med Suisse 2013; 9: 520-3

J. Zimmermann

Dr Julien Zimmermann
Service des spécialités psychiatriques
Département de santé mentale
et psychiatrie
HUG, 1211 Genève 14
julien.zimmermann@hcuge.ch

Psychological aspects of the implantable cardioverter defibrillator: guidelines at the office

Implantation of a defibrillator clearly extends life of heart patients. However, experience shows that this technique can also cause psychological difficulties, in some patients, making life sometimes unbearable. The risk of developing anxiety or depression is increased, causing a decrease in the quality of life. Feelings of helplessness, the unpredictability of the shock, are all factors that can cause psychological disturbances. An analysis of the risk factors is part of the evaluation of the clinician. We propose a practical guide, a series of simple questions to help discriminate patients to refer to a specialist.

L'implantation d'un défibrillateur automatique prolonge de façon évidente la vie des patients cardiaques. Cependant, l'expérience montre que cette technique peut provoquer également, chez certains patients, des difficultés d'ordre psychologique, rendant leur vie parfois insupportable. Le risque de développer un trouble anxieux ou dépressif est accru, causant une diminution de la qualité de vie des porteurs de défibrillateurs. Le sentiment d'impuissance et l'imprévisibilité du choc sont autant de facteurs pouvant provoquer l'apparition de difficultés psychologiques. Une analyse des facteurs de risque fait partie de l'évaluation du clinicien. Nous proposons un guide pratique, une série de questions simples permettant de discriminer les patients à adresser à un spécialiste.

INTRODUCTION

Depuis l'implantation du premier défibrillateur automatique en 1980 et son approbation par la Food and Drug Administration (FDA) en 1985, cette technique a démontré largement son efficacité sur la mortalité et le pronostic vital des troubles du rythme. Toutefois, si les défibrillateurs ont tenu leur promesse sur les taux de survie, les médecins qui suivaient ces patients ont vu apparaître une ombre au tableau. Certes, leurs patients vivaient plus longtemps, mais quelques-uns ont commencé à se plaindre de leur qualité de vie. Ces patients se sentaient angoissés, voire terrorisés à l'idée du prochain choc, ils évitaient les activités qui leur étaient agréables auparavant, ils se sentaient abattus et désespérés.

Pierre[a] est un homme de 60 ans. Il est connu pour des graves troubles du rythme cardiaque et il est au bénéfice d'un défibrillateur automatique implantable (DAI) depuis deux ans. Il se présente à l'hôpital en raison d'une «tempête rythmique» de plus de six chocs par jour, jusqu'à la fréquence d'un choc par heure, malgré les efforts des médecins hospitaliers (figure 1).

Finalement, l'homme dit au médecin «J'en ai assez, il est temps d'arrêter». Le défibrillateur a été désactivé et l'homme est décédé.[1]

Cela soulève une question douloureuse pour un médecin : le DAI prolonge la vie, mais les patients peuvent faire l'expérience d'une aggravation de la maladie cardiaque de base. En vient-on à devoir choisir sa mort : rapide et indolore ou prolongée et inconfortable ?[2]

En tant que médecins cliniciens, nous sommes donc confrontés à certaines difficultés : comment investiguer ces symptômes d'ordre psychologique, jusqu'où aller dans ces investigations et quand passer la main aux spécialistes, quelle prise en charge offrir au cabinet ?

PSYCHOPATHOLOGIE

Depuis une dizaine d'années, les études scientifiques ont commencé à s'intéresser aux pathologies psychiatriques apparaissant après l'implantation d'un

a Prénom fictif.

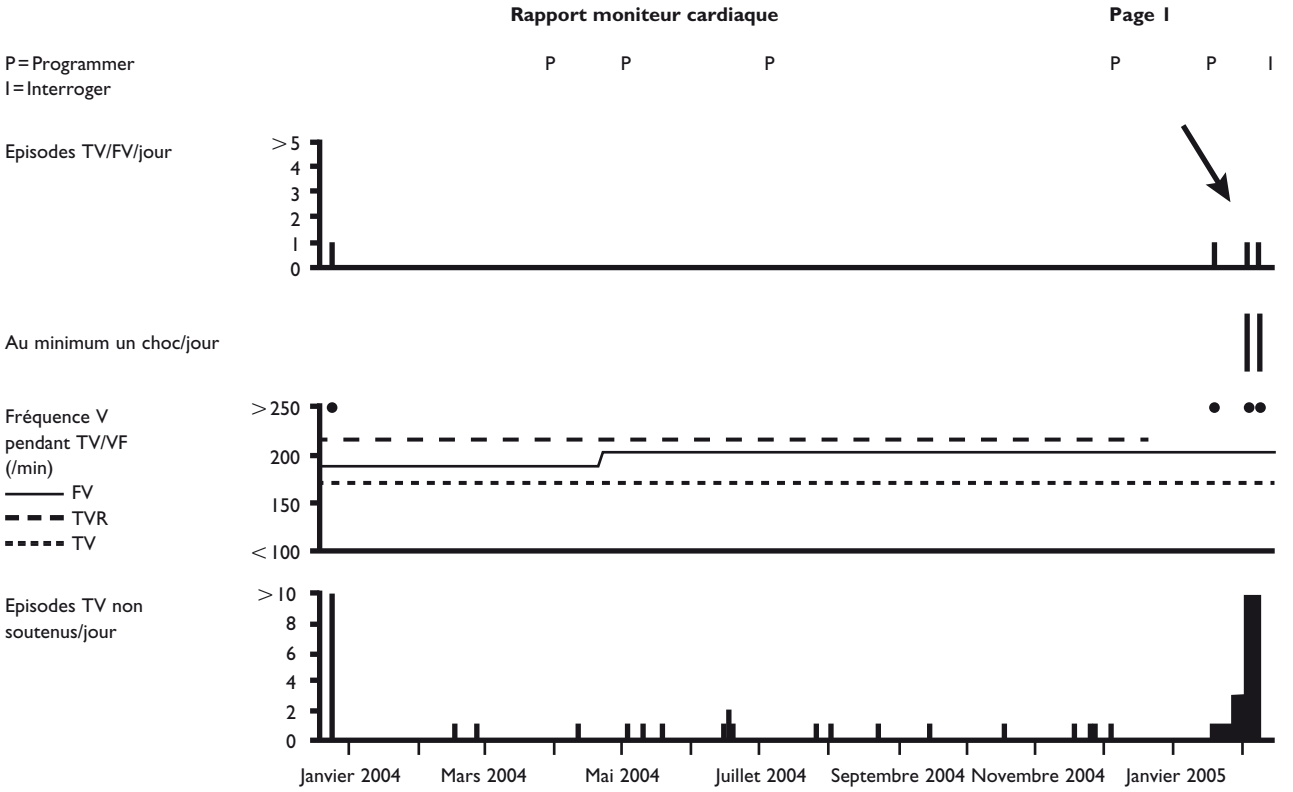

Figure 1. Exemple de plusieurs chocs rapprochés d'un défibrillateur automatique implantable

défibrillateur. Les catégories principales de troubles psychiatriques sont : les troubles anxieux, l'état de stress post-traumatique et les troubles dépressifs.

On retrouve chez les patients porteurs d'un DAI des symptômes d'anxiété généralisée, de trouble panique ou d'agoraphobie dans 13 à 38% des cas.[3] A titre de comparaison, ces pathologies sont présentes dans 4 à 5% de la population générale. Il existe par ailleurs une association directe entre le nombre de chocs et la présence de ces pathologies.[4]

L'état de stress post-traumatique est également plus fréquemment retrouvé chez les patients porteurs d'un DAI avec une prévalence de 20%,[3] comparativement à 1-3% dans la population générale. Il est à noter que l'occurrence d'un état de stress post-traumatique n'influence pas seulement la qualité de vie des patients mais également la survie, avec une augmentation de la mortalité à cinq ans de deux à trois fois, ainsi que du risque de tempête électrique.[5]

Concernant la dépression, les études ont mis en évidence une prévalence de 18 à 41% d'états dépressifs chez les patients porteurs d'un DAI, contre 10% dans la population générale. De plus, la dépression augmenterait le risque absolu de mortalité.[6]

MODÈLES THÉORIQUES

Plusieurs modèles théoriques ont été proposés pour expliquer la présence de ces psychopathologies après implantation d'un DAI.

Dans le conditionnement classique ou pavlovien, le choc (stimulus inconditionnel) entraîne une surprise, voire une douleur (réponse inconditionnelle). Dès lors qu'il y a une association entre le choc, la douleur et une activité habituelle ou un lieu anodin (stimulus neutre), cette activité bénigne va devenir une source d'anxiété majeure (réponse conditionnée) et va conduire à une manœuvre d'évitement d'une situation similaire (conditionnement).[4]

La résignation acquise *(learned helplessness)* est un état psychologique, résultat d'un apprentissage dans lequel le sujet fait l'expérience de son absence de contrôle sur les événements. Cette expérience entraînerait chez le sujet une attitude résignée ou passive et aboutirait au désespoir et à la dépression. Ce modèle a été démontré comme proche des décharges d'un DAI, incontrôlables et imprévisibles.[7]

Le modèle des distorsions cognitives nous explique que la dépression n'est pas causée par l'environnement du patient. Chez le patient dépressif, les distorsions cognitives, c'est-à-dire ses propres interprétations et ses représentations biaisées du monde privilégiant systématiquement une vision négative et pessimiste des choses, l'entraînent dans une spirale dépressive. Dans le cas d'un DAI, une augmentation du nombre ou de la fréquence des décharges peut être perçue comme une aggravation de l'état de santé, une interprétation catastrophique pouvant mener à l'anxiété et à la dépression.[8]

Finalement, de nombreux patients évoquent aussi l'heure du bilan de vie après la rencontre avec la mort lors d'un arrêt cardiaque. On prend alors conscience que cela n'arrive

pas qu'aux autres, que notre vie n'est plus entre nos mains mais qu'elle dépend d'une pile.

QUALITÉ DE VIE

Après avoir discuté des aspects psychologiques, il s'agit de s'intéresser plus concrètement à la qualité de vie des patients porteurs d'un défibrillateur.

Comme l'on pouvait s'en douter, les patients souffrant de cardiopathie et de dépression voient leur qualité de vie diminuer de manière significative. Or, les mesures de la fonction cardiaque (fraction d'éjection et test d'effort) ne sont pas corrélées à la qualité de vie, soutenant ainsi que la dépression est un déterminant majeur de la diminution de la qualité de vie.[9] Pour le cas particulier des patients avec DAI, la détérioration de la maladie cardiaque sous-jacente va entraîner des chocs répétés qui eux-mêmes diminuent la qualité de vie.[2] En effet, il a été démontré dans plusieurs études que le nombre de chocs est un déterminant significatif de la qualité de vie chez les patients porteurs d'un DAI.[10]

Les études de comparaison de la qualité de vie entre les patients traités par antiarythmique ou par DAI mettent en évidence des résultats équivalents, hormis dans les cas de chocs répétés.[11]

Finalement, existe-t-il une différence entre les hommes et les femmes en termes de qualité de vie ? Les études ne montrent pas de différence significative mais une tendance à ce que les femmes présentent une moins bonne qualité de vie et une plus grande anxiété.[12]

FACTEURS DE RISQUE

Il peut s'avérer utile dans le suivi des patients ayant bénéficié de l'implantation d'un défibrillateur automatique d'identifier les patients à risque de développer des troubles psychiques ou, du moins, ceux qui risquent de présenter une diminution de leur qualité de vie (tableau 1).[13]

CE QUE PENSENT LES CARDIOLOGUES, CE QUE PENSENT LES PATIENTS

Les préoccupations des cardiologues et celles des patients ne sont pas forcément les mêmes. Lorsque l'on demande aux médecins ce qui est important pour eux dans la discussion avec un patient concernant l'implantation d'un défibrillateur, ils répondent qu'il faut d'abord suivre les directives des sociétés savantes en se basant sur des critères d'éligibilité. Ils établissent ensuite une hiérarchisation des sujets à discuter avec le patient, le sujet le plus important étant la balance des risques/bénéfices. Finalement, les cliniciens adoptent une attitude variant entre le modèle paternaliste ou le modèle centré sur le patient, selon leur formation.

Tableau 1. Facteurs de risque liés à une diminution de la qualité de vie chez les porteurs de défibrillateur automatique implantable

- Age < 50 ans et sexe féminin
- Nombre de chocs
- Réseau social pauvre et surinvestissement familial
- Troubles psychiatriques prémorbides ou traits anxieux/colériques

Pour les patients, les préoccupations sont légèrement différentes ; les patients veulent avant tout éviter de mourir. Ils suivront l'avis de leur médecin en qui ils ont confiance. Et finalement, une majorité des patients reconnaissent qu'ils n'ont découvert les risques qu'après l'implantation du défibrillateur.[14]

Qu'en est-il alors de l'épineux sujet de la désactivation du DAI ? Sur la base d'autoquestionnaires, les patients répondent qu'ils n'ont que peu de connaissances sur leur DAI, alors que 93% des cardiologues pensent qu'ils ont compris. De plus, moins de la moitié des patients pensent avoir été informés des désavantages. Ce chiffre chute à 3% lorsqu'il s'agit du sujet de la désactivation.

Les cardiologues sont donc réticents à aborder le sujet de la fin de vie et la désactivation. Il s'agit pourtant d'une préoccupation importante pour les patients car selon cette étude 100% des patients auraient souhaité aborder ce sujet.

Si la demande du patient d'aborder les sujets difficiles est bien présente, l'avis est plus mitigé concernant l'idée d'être inclus dans la prise de décision le moment venu. Entre 76 et 96% des patients souhaitent être inclus dans la décision finale. La moitié d'entre eux souhaitent aborder le sujet avant implantation, 25% souhaitent en discuter en fin de maladie. Par ailleurs, les facteurs influençant le plus la décision de désactivation sont pour les patients : le pronostic, l'idée d'une mort rapide, la fréquence des chocs et le fait de se sentir mal.

Sur la totalité des patients, il reste encore 25% de patients non «choqués» qui ne souhaitent pas être impliqués dans la décision d'une désactivation.[14]

PRISE EN CHARGE

On retrouve, dans les études, différents types de prise en charge spécialisée pour les patients porteurs d'un DAI et souffrant de symptômes d'ordre psychologique. Ces prises en charge dépassent parfois les possibilités du clinicien au cabinet, mais il existe des outils simples à utiliser afin d'aider les patients, voire de les orienter par la suite.

La première étape est d'informer le patient et son entourage au sujet du défibrillateur, notamment : les avantages sur la mortalité comparativement aux antiarythmiques, que les chocs ne seront pas éliminés en évitant les activités (exercices, rapports sexuels…), et discuter de la marche à suivre en cas de choc.[13]

La deuxième étape consiste à interroger le patient selon les «4 A» : «*ask, advise, assist, arrange*». En d'autres termes, il s'agit de demander au patient ce qui l'inquiète ou le dérange au sujet du DAI afin de définir précisément le vécu subjectif du patient. Puis, le clinicien offre ses conseils et ses recommandations en réponse aux inquiétudes du patient et l'aide, le cas échéant, à résoudre le problème. Finalement, le clinicien peut prendre rendez-vous pour le patient chez un psychiatre ou un psychothérapeute (tableau 2).[15]

Tableau 2. Les «4 A»

- Ask about their concerns
- Advise on the common challenges
- Assist the patient
- Arrange a consultation with specialist

En cinq questions explorant les aspects dépressifs, anxieux et le fonctionnement, le clinicien peut effectuer un dépistage rapide de la problématique de son patient (tableau 3).

Tableau 3. Questions pour explorer les aspects psychologiques liés au défibrillateur automatique implantable

1. Durant le dernier mois, avez-vous souvent ressenti de la tristesse ou de l'abattement?
2. Durant le dernier mois, avez-vous perdu de l'intérêt pour les activités qui vous faisaient plaisir auparavant?
3. Etes-vous généralement une personne anxieuse?
4. Avez-vous constamment peur de recevoir un choc du défibrillateur automatique implantable?
5. Evitez-vous de faire des activités simplement par peur des chocs?

Concernant les prises en charge spécialisées, il existe, selon les régions, des programmes de psychoéducation où l'on donne des informations sur les DAI, sur la reprise des activités, des techniques de relaxation, ainsi que des groupes de soutien pour échanger des informations pratiques et bénéficier d'un soutien émotionnel.

Sur le plan psychiatrique, les traitements les plus reconnus sont les thérapies cognitivo-comportementales qui ont démontré une efficacité pour diminuer les symptômes anxieux et dépressifs chez les porteurs de DAI. Ces thérapies sont particulièrement indiquées pour les patients avec des chocs répétés.

Concernant le traitement médicamenteux, les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) représentent le traitement de choix. Les benzodiazépines peuvent être utilisées pour le traitement à court terme mais il existe un risque de dépendance. Les antidépresseurs tricycliques devraient être évités en raison de leur effet sur la conduction cardiaque, ainsi que la venlafaxine en raison d'une possible altération du seuil de défibrillation.[13]

CONCLUSION

Les patients porteurs d'un DAI peuvent présenter des difficultés psychologiques, notamment des troubles anxieux, des états de stress post-traumatiques ou des troubles dépressifs avec des répercussions sur leur qualité de vie. Ces sujets sont peu discutés lors des consultations de suivi, pourtant, ils représentent des préoccupations importantes pour les patients. Il est donc essentiel que les cliniciens qui suivent ces patients se familiarisent avec des outils simples pour ne pas se sentir démunis au cabinet. ■

L'auteur n'a déclaré aucun conflit d'intérêt en relation avec cet article.

Implications pratiques

- Une information concernant le fonctionnement et les risques du défibrillateur doit être donnée au patient et à son entourage
- L'implantation d'un défibrillateur automatique augmente le risque de développer des troubles psychologiques. Une exploration de ces symptômes doit être faite par le clinicien
- Les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) représentent le traitement médicamenteux de premier choix

Bibliographie

1 Kolata G. Extending life, defibrillators can prolong misery. The New York Times, March 25, 2002.
2 McCready MJ, Exner DV. Quality of life and psychological impact of implantable cardioverter defibrillators: Focus on randomized controlled trial data. Card Electrophysiol Rev 2003;7:63-70.
3 * Sears SF, Hauf JD, Kirian K, Hazelton G, Conti JB. Posttraumatic stress and the implantable cardioverter-defibrillator patient: What the electrophysiologist needs to know. Circ Arrhythm Electrophysiol 2011;4:242-50.
4 Jacq F, Foulldrin G, Savoure A, et al. A comparison of anxiety, depression and quality of life between device shock and nonshock groups in implantable cardioverter defibrillator recipients. Genl Hosp Psychiatry 2009;31:266-73.
5 Ladwig KH, Baumert J, Marten-Mittag B, et al. Posttraumatic stress symptoms and predicted mortality in patients with implantable cardioverter-defibrillators: Results from the prospective living with an implanted cardioverter-defibrillator study. Arch Gen Psychiatry 2008;65:1324-30.
6 Tzeis S, Kolb C, Baumert J, et al. Effect of depression on mortality in implantable cardioverter defibrillator recipients-findings from the prospective LICAD study. Pacing Clin Electrophysiol 2011;34:991-7.
7 Edelman S, Lemon J, Kidman A. Psychological therapies for recipients of implantable cardioverter defibrillators. Heart Lung 2003;32:234-40.
8 Sola CL, Bostwick JM. Implantable cardioverter-defibrillators, induced anxiety, and quality of life. Mayo Clin Proc 2005;80:232-7.
9 Ruo B, Rumsfeld JS, Hlatky MA, et al. Depressive symptoms and health-related quality of life: The heart and soul study. JAMA 2003;290:215-21.
10 Kamphuis HC, de Leeuw JR, Derksen R, Hauer RN, Winnubst JA. Implantable cardioverter defibrillator recipients: Quality of life in recipients with and without ICD shock delivery: A prospective study. Europace 2003;5:381-9.
11 Schron EB, Exner DV, Yao Q, et al. Quality of life in the antiarrhythmics versus implantable defibrillators trial: Impact of therapy and influence of adverse symptoms and defibrillator shocks. Circulation 2002;105:589-94.
12 Brouwers C, van den Broek KC, Denollet J, Pedersen SS. Gender disparities in psychological distress and quality of life among patients with an implantable cardioverter defibrillator. Pacing Clin Electrophysiol 2011;34:798-803.
13 * Bostwick JM, Sola CL. An updated review of implantable cardioverter/defibrillators, induced anxiety, and quality of life. Heart Fail Clin 2011;7:101-8.
14 * Raphael CE, Koa-Wing M, Stain N, et al. Implantable cardioverter-defibrillator recipient attitudes towards device deactivation: How much do patients want to know? Pacing Clin Electrophysiol 2011;34:1628-33.
15 * Sears SF, Conti JB. Quality of life and psychological functioning of icd patients. Heart 2002;87:488-93.

* à lire
** à lire absolument